

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)
(स्वास्थ्य देखभाल)



APPLICATION No. : ६/०/२०/३७७९ APPLICATION DATE : २१/१/२०२०
आवेदन संख्या : आवेदन तिथि

NAME of APPLICANT : MEHER NIBAR AGE-YEARS : ६० SEX : F
आवेदक का नाम आयु-वर्ष लिंग

FATHER'S/SPOUSE'S NAME : SK ISRAHIM
पिता/सहोदर का नाम

PRESENT RESIDENCE ADDRESS :
KHIDDIKPORE, KOLKATA 700023, WEST BENGAL
PERMANENT RESIDENCE ADDRESS :
AS ABOVE



OCCUPATION : HOMEMAKER MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : RS 1500 X 12 = 18000 (Attach Proof of Income)
कुल वार्षिक आय आय का साक्ष्य प्रस्तुत करें

PAN No. : ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):
क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाएं): Yes / No हाँ / नहीं

FAMILY DETAILS परिवार विवरण				
Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ संबंध
1.	MEHER NIBAR	60	F	SELF
2.	RISMA SULTANA	29	F	DAUGHTER
3.	SAMIAUDDIN	31	M	SON

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए किसी आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेषा के नीचे प्रमाण पर (प्रमाण पर जो छाप प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) आय अल्प वर्ग प्रमाण पर (प्रमाण पर जो छाप प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) उपभोग्यता कार्ड (प्रमाण पर जो छाप प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:
सहायता हेतु किसे गये निशानों का उद्देश्य:

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से कपी की गई प्रतिवेदन सूची संलग्न
1.	DIAGNOSIS — CATARACT — RE
2.	SURGERY — RE (SLPSTJOL)

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ही गई सहायता राशि

DECLARATION by APPLICANT: (अर्शेक डूग खेकन करः)

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि इस प्रकरण में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य बताने के लिये गलत साबित हो या सच नहीं है।
- 2) मैं इस बात को गारंटी करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से ही मैं यह सहायता प्राप्त करूँगा, जिसके लिये मैंने सहायता माँगी है, और मैं इसे केवल उसी उद्देश्य के लिये ही उपयोग करूँगा।
- 3) मैं यहाँ पर बताना हूँ कि मैंने अब तक और भविष्य में कभी भी इस सहायता के लिये किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न तो सहायता माँगी है और न ही यकीन नहीं है।

AGREEMENT by APPLICANT (अर्शेक डूग करः)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is in this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकरण में मेरी हस्ताक्षर या बाएँ हाथ की छाप लगाकर, मैं (अर्शेक) अपनी सहमति को पुष्टि करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन और इसके न्यायीय" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पता, फोटो और मेरे विवरण इस प्रकरण के संबंध में, जैसे "कोशिका" एम्बुलेंस, दान, चिकित्सा केंद्रों, इत्यादि के माध्यम से सहायता माँगेंगे और/या कोशिका फाउंडेशन के बारे में जानकारी फैलाने के लिये मेरी तस्वीर और विवरण का उपयोग कर सकते हैं।
- 2) मैं (अर्शेक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण को कोशिका फाउंडेशन को सहायता माँगने के लिये इन्हें सहायता का इस्तेमाल नहीं करना है। इस संबंध में "कोशिका" एम्बुलेंस न्यायीय का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :

अर्शेक के हस्ताक्षर या बाएँ हाथ का निशान



AGREEMENT by HOSPITAL. (हॉस्पिटल डूग करः)

- By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:
- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves its right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & its outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.
- हमारे अधिकृत, हस्ताक्षर की ओर से सहायता माँगने वाले कोशिका फाउंडेशन से सहायता माँगने के लिये हम (हॉस्पिटल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।
- 1) यह कि हम अभी और भविष्य में किसी भी सहायता माँगने वाले कोशिका फाउंडेशन से सहायता माँगने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने के लिये नहीं चाहते हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सहायता माँगी है। यदि कोशिका फाउंडेशन द्वारा सहायता नहीं दी जाती है, तो हमें सहायता माँगने के लिये किसी अन्य स्रोत से सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहता है। इस पुष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पहर उका रोगी/रोगी के लिये सहायता माँगने का अधिकार सुरक्षित रहेगा।
2. "कोशिका फाउंडेशन" से ही मैं सहायता माँगने के लिये प्रस्तावित हूँ। मेरी या हमारा प्रकरण कोशिका फाउंडेशन का ध्यान देने पर कोशिका फाउंडेशन के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिए हमारा प्रकरण कोशिका फाउंडेशन के लिये सहायता माँगने के लिये और "कोशिका" को कोई भी दबाव या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTANCE

Dr. Priyansha Chaturvedi
अधिकृत के लिए संशुद्धि

Date of Surgery अपेक्षा की तारीख 29/11/2020	Reg. No. 172555 Susrut Eye Foundation's Research Centre (Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व छाप	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) हमारे पक्ष हस्ताक्षर अधिकृत अधिकारी
---------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION (अर्शेक डूग करः)

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यायीय हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यायीय हस्ताक्षर 2
	